

Casos Clínicos

Reconstrucción anatómica laparoscópica en útero unicorno no comunicante

Pablo Padilla I.¹, Jessica Subirá N.¹, Cristina Casanova P.¹, Juan Gilabert E.¹

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España.

RESUMEN

Las alteraciones congénitas de los conductos de Müller son un amplio grupo de patología, siendo el útero unicorno una de sus manifestaciones. Se relaciona con un aumento de complicaciones obstétricas y a su vez la presencia de un cuerno rudimentario no comunicante, es causa de dolor pélvico crónico. Presentamos una paciente de 14 años aquejada de intensa dismenorrea. Mediante técnicas de imagen se evidencia la presencia de útero unicorno con cuerno rudimentario derecho no comunicante. Se realizó abordaje laparoscópico en la que se procedió a exéresis del cuerno rudimentario y posterior reconstrucción anatómica. La paciente cursó un postoperatorio sin complicaciones, obteniendo una mejoría clínica satisfactoria en sus controles posteriores. El abordaje laparoscópico a las pacientes afectas de útero unicorno no comunicante permite restablecer de forma óptima la anatomía y mejorar la sintomatología asociada. Mediante una correcta técnica laparoscópica se consigue disminuir el riesgo de adherencias posteriores, asegurando una baja tasa de complicaciones y una recuperación funcional postoperatoria precoz.

PALABRAS CLAVE: *Anomalías congénitas Müllerianas, útero unicorno, cuerno rudimentario no comunicante, abordaje laparoscópico, corrección anatómica*

SUMMARY

Congenital anomalies of the Müllerian ducts are a large group of pathology, and unicornuate uterus is one of its manifestations. It is associated with increased obstetric complications and the presence of cavitated non communicating rudimentary uterine which cause chronic pelvic pain. We report a 14 years old patient suffering severe dysmenorrhea. Using imaging techniques showed the presence of unicornuate uterus with non communicating rudimentary right horn. Laparoscopy was performed in which we proceeded to resection of rudimentary horn and subsequent reconstruction of the anatomy. The patient had an uneventful postoperative course, obtaining a satisfactory clinical improvement in subsequent tests. The laparoscopic approach in patients with advanced non-communicating unicornuate uterus can optimally restore the anatomy and improving associated symptoms. A proper laparoscopic approach can lower the risk of subsequent adhesions, and ensure few complications and early postoperative functional recovery.

KEY WORDS: *Congenital Müllerian anomalies, unicornuate uterus, cavitated non communicating rudimentary uterine, laparoscopic approach, anatomical correction*

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones uterinas congénitas son un amplio grupo de patología poco frecuente, estimándose una incidencia en mujeres fértiles entre 2-4% (1), siendo la mayoría úteros septos. La existencia de útero unicornes se estima entorno a un 10% del total de las ocasiones (2).

Su presencia se debe a una alteración en el normal desarrollo de los conductos de Müller. Se presenta un desarrollo único de conducto de Müller dando forma a una cavidad uterina, trompa y cérvix unilaterales dentro de la normalidad, con una aplasia más o menos intensa del conducto de Müller contralateral, originando diferentes configuraciones, desde ausencia total de desarrollo, a la aparición de un cuerno rudimentario, que puede o no comunicar con la cavidad, e incluso presentar en su interior tejido endometrial funcionante.

Es frecuente que la alteración sea en el lado derecho, como en caso de nuestra paciente, según diferentes fuentes en más del 60% afecta al lado derecho sin conocerse las causas que lo expliquen (3).

La presencia de cuerno rudimentario no comunicante es causa de dolor pélvico crónico de aparición característica en la adolescencia, de muy difícil control con tratamiento analgésico, por lo que es común que precise corrección quirúrgica para su resolución. Del lado obstétrico es frecuente la aparición de embarazo ectópicos, abortos de primer trimestre y partos prematuros.

Cabe destacar que en estas pacientes, es necesaria la valoración por técnicas de imagen de la vía urinaria, ya que hasta en un 40% se asocian alteraciones a ese nivel (4).

Caso clínico

Mujer de raza blanca de 14 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgico de interés, que fue remitida a nuestro servicio por intensa dismenorrea incapacitante de varios meses de duración, que no mejoró con analgesia oral, precisando hasta en dos ocasiones analgesia intravenosa.

A la ecografía abdomino-pélvica, se visualizó una imagen redondeada de 32,4 x 31,2 mm de pared gruesa y lisa de contenido homogéneo ecogénico, entre pared medial del ovario derecho y cuerpo uterino (Figura 1 y 2). El estudio por resonancia magnética con contraste intravenoso, reveló la existencia de útero unicornes con normal configuración del cuerno izquierdo con un cuerno derecho rudimentario, no comunicante con cérvix, con tejido endometrial en su interior. No se visualizó alteraciones en la vía urinaria, ambos anexos normales.

Tras el estudio se procedió a realizarse laparoscopia, en la que se observó como hallazgos intraoperatorios un hemiútero izquierdo unicornes de morfología normal con ambos ligamentos útero-

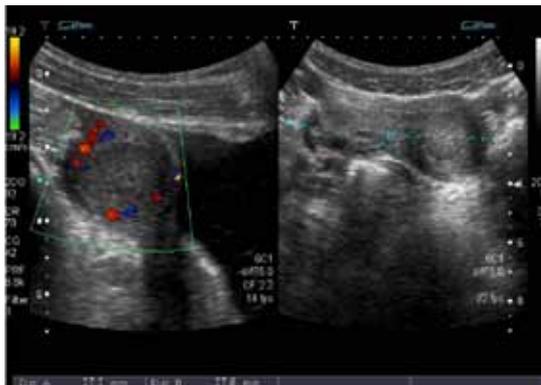


Figura 1. Imagen ecográfica compatible con cuerno uterino rudimentario derecho, con aplicación Doppler positiva.



Figura 2. Detalle ecográfico con ubicación de cuerno rudimentario entre pared medial del ovario derecho y cuerpo uterino.

sacos insertos en él, y unido a su tercio superior, un hemiútero unicornes rudimentario derecho, en la que no se observó comunicación a ningún nivel. Anexos y ambas trompas sobre hemiútero izquierdo. Uréteres de disposición y recorrido dentro de la normalidad (Figura 3).

Técnica quirúrgica: Tras disección de adherencias laxas de colon descendente a pared y pexia de intestino grueso a ese nivel, se procedió a exéresis del cuerno rudimentario derecho mediante coagulación con energía en modo bipolar y corte frío, tras infiltración con 20 UI de oxitocina diluida intramiométrial en la zona de unión para minimizar la hemorragia. Tras ello se procedió a la coagulación selectiva del lecho de la hemihisterectomía en zona de unión a hemiútero izquierdo y en ligamento ancho. Finalmente se procedió a reconstrucción completa del defecto anatómico mediante la utilización de



Figura 3. Imagen macroscópica durante la laparoscopia, donde se observa con claridad la zona de unión entre hemiútero izquierdo y hemiútero unicorno rudimentario derecho (flecha).

sutura continua intracorpórea con aproximación del ligamento útero-ovárico derecho al cuerno uterino izquierdo, peritonización y protección de la sutura con fibrinógeno/trombina humana (Tissucol duo®). La pieza se extrajo mediante morcelación endoscópica con bisturí frío por puerto de 12 mm supraumbilical. Se realizó una valoración histeroscópica de la cavidad en un segundo paso quirúrgico, observándose vagina de configuración normal con cérvix único, a nivel uterino se visualiza una cavidad tubular con ostium único en el lado izquierdo. El tiempo quirúrgico total fue de 75 minutos, la anatomía patológica confirmó el diagnóstico, la paciente evolucionó sin complicaciones en postoperatorio, dándose de alta al día siguiente, experimentando mejoría clínica satisfactoria en los controles posteriores, sin recurrencia en su dolor pélvico.

DISCUSIÓN

La presencia de útero unicorno no comunicante, englobada dentro de malformaciones tipo II de la Clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (AFS) (5), tiene una incidencia muy baja si la comparamos con otras patologías ginecológicas, estimada aproximadamente 1 cada 100.000 mujeres en edad fértil (6).

Aun con esa baja incidencia está justificado su estudio, ya que suele afectar a pacientes adolescentes meses después de la menarquia, apareciendo como una dolencia muy incapacitante, sin mucho éxito en el tratamiento analgésico, debido a que el origen de dolor frecuentemente es debido a la presencia de hematometra en cuerno no comunicante, focos endometriósicos, piometra o incluso la torsión de la porción anormal en la trompa de Falopio (6). Con todo ello, impide el desarrollo de una vida normal, siendo un dato dramático viendo la edad y evolución del cuadro en estas enfermas.

Ante todo ello se planteó la cirugía como único método para solucionar el problema. La cirugía laparoscópica ha conseguido al día de hoy, mediante la corrección quirúrgica precoz del problema, la mejora de la sintomatología de estas pacientes de manera evidente y mantenida en controles posteriores, consiguiendo una recuperación funcional postoperatoria rápida, con altas precoces entorno a uno o dos días de media. A su vez con tiempos quirúrgicos relativamente cortos, estimados según diferentes estudios en 65 minutos aproximadamente (rango: 40-92 minutos) (3).

Durante la cirugía, debemos ser lo más conservador posible, teniendo en vista la fertilidad posterior de las pacientes. Realizando una cuidadosa manipulación de los tejidos, a fin de evitar adherencias que dificultarían la posibilidad de gestación futura, a su vez evitar resecciones amplias, ya que es frecuente la mala delimitación que suele existir en la unión entre ambos cuernos. Debemos evitar al máximo durante su exéresis la apertura y las resecciones amplias del cuerno uterino asintomático que no va ser resecado, para preservar al máximo la fertilidad (6).

Cabe destacar que la técnica quirúrgica presenta diferentes dificultades, por no encontrarse con una distribución anatómica común. Se debe referenciar y delimitar de forma correcta el trayecto de ambos uréteres, aún más si se han observado alteraciones en las técnicas de imagen. Es necesario una buena valoración de los anexos, y sobre todo una adecuada disposición anatómica con el fin de evitar embarazos ectópicos posteriores.

En el presente caso se consiguió una reconstrucción completa de la anatomía mediante la aproximación del ovario a su posición fisiológica y cierre del defecto con sutura laparoscópica. De esta forma el abordaje laparoscópico permitió minimizar las posibilidades de formación de adherencias que pudieran comprometer la fertilidad futura. A su vez se permite el uso de la histeroscopia simultánea, lo cual facilita mucho la visión general de la situación anatómica tras la corrección y la valoración de la cavidad uterina (7).

Comparada con la vía laparotómica convencional, el abordaje laparoscópico permite obtener similares resultados en cuanto a fertilidad posterior y control de la sintomatología, pero se consigue gracias al uso de técnicas mínimamente invasivas, un postoperatorio mucho menor, con resultado estético excelente y recuperación precoz, con un menor coste económico global.

CONCLUSIÓN

La corrección laparoscópica del útero unicorno no comunicante es un adecuado procedimiento a la vista de resultados y evolución posterior de las pacientes sometidas a esta técnica quirúrgica mínimamente invasiva, consiguiendo resolver la dismenorrea y preservando al máximo la fertilidad posterior.

REFERENCIAS

1. Acien P. Incidence of Müllerian defects in fertile and infertile woman. *Hum Reprod* 1997;12:1372-6.
 2. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001;7:161-74.
 3. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Berlanda N, Bergamini V. Laparoscopic removal of the cavitated non-communicating rudimentary uterine horn: surgical aspects in 10 cases. *Fertil Steril* 2005;83:432-6.
 4. Fedele L, Bianchi S, Agnoli B, Tozzi L, Vignali M. Urinary tract anomalies associated with unicornuate uterus. *J Urol* 1996;155:847-8.
 5. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944-5.
 6. Zapardiel I, Alvarez P, Perez-Medina T, Bajo-Arenas JM. Laparoscopic management of a cavitated non-communicating rudimentary uterine horn of a unicornuate uterus: a case report. *J Med Case Reports* 2010;4:215.
 7. Dalkalitsis N, Korkontzelos I, Tsanadis G, Stefos T, Lolis D. Unicornuate uterus and uterus didelphys indications and techniques for surgical reconstruction: a review. *Clin Exp ObstetGynecol* 2003;30:137-43.
-